

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 21

DU RÔLE DE L'INFECTION

DANS LA PRODUCTION DE CERTAINES FORMES

D'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE

CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean PASSOT

Ancien externe des hôpitaux

Né à Lyon, le 25 juillet 1893.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

12, RUE DE LA BARRE, 12

—
1919

DU ROLE DE L'INFECTION

DANS LA PRODUCTION DE CERTAINES FORMES

D'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE

CHEZ LE NOURRISSON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552306_0070

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 21

DU ROLE DE L'INFECTION
DANS LA PRODUCTION DE CERTAINES FORMES
D'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE
CHEZ LE NOURRISSON

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 29 septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean PASSOT

Ancien externe des hôpitaux

Né à Lyon, le 25 juillet 1893.



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE LYONNAISE

12, RUE DE LA BARRE, 12

—
1919

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD. TIXIER. BERARD.
Cliniques chirurgicales	FABRE. ROLLET. NICOLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements	LEPINE (J.).
Clinique ophtalmologique.	WEILL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales	CLUZET.
Clinique des maladies des enfants.	HUGOUNENQ.
Clinique des maladies des femmes.	MOREL.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	MOREAU.
Chimie biologique	GUIART.
Chimie organique et Toxicologie	TESTUT.
Matière médicale et Botanique	X...
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	DOYON.
Anatomie.	COLLET.
Anatomie générale et Histologie	X...
Physiologie	PAVIOT.
Pathologie interne.	POLLOSSON (M.)
Pathologie et Thérapeutique générales.	X...
Anatomie pathologique	ETIENNE MARTIN.
Médecine opératoire.	COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée	PIC.
Médecine légale	FLORENCE.
Hygiène	
Thérapeutique	
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie	LATARJET, —
Anatomie topographique	PATEL, —
Botanique	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile	MOURIQUAND, —
Déontologie et médecine professionnelle	X... —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. BRETIN.	MM. ARLOING (F.).	MM. THEVENOT (Lucien).
COMMANDEUR.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIÉRY.
NEVEU-LEMAIRE.	THEVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
LAROYENNE.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
VORON.	CADE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
NOGIER.	MOURIQUAND.	FROMENT.	gé des fonctions.
LATARJET.			SARVONAT, id.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEILL, Président ; MOURIQUAND, Assesseur ;
MM. PIÉRY et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

Le Docteur GUSTAVE PASSOT

A notre Maître et Président de Thèse

M. le Professeur WEILL

C'est lui qui nous a inspiré ce sujet, c'est à ses côtés que nous avons puisé les idées et les faits que nous relatons. Nous lui en exprimons notre vive reconnaissance et le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre jury de thèse.

Nous sommes heureux d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le Professeur COLLET, pour l'enseignement que nous avons reçu de lui pendant le temps que nous sommes resté attaché à son service et pour la grande sollicitude qu'il nous a toujours témoignée.

M. le Professeur MOURIQUAND, M. le Professeur agrégé COMMANDEUR et M. le Docteur BONNAMOUR, chargé des fonctions d'agrégé, nous ont, avec beaucoup de bienveillance, facilité la recherche d'observations se rapportant à notre sujet ; qu'ils reçoivent ici l'expression de notre bien vive gratitude.

INTRODUCTION

Les travaux actuels de M. le Professeur Weill et sa méthode de traitement, par les injections sous-cutanées de lait, de symptômes d'intolérance que, jusqu'à l'heure actuelle, on rattachait à une lésion anatomique ou à un régime défectueux, ont bouleversé toute la pathologie digestive du nourrisson en faisant entrevoir, sinon une identité absolue, du moins une proche parenté entre la plupart de ces accidents d'ordre digestif et les phénomènes anaphylactiques. Ces derniers, surviennent, soit de suite après la naissance, soit au bout de quelques jours, soit plus tardivement, et dans ce dernier cas, à la suite d'une infection de la nourrice et de l'enfant. Quelle est la part du facteur infectieux dans l'étiologie de ces syndrômes ? Voilà quel sera le sujet de cette thèse.

Nous montrerons très rapidement la fréquence de ces accidents d'anaphylaxie alimentaire chez l'enfant ; nous en ferons la description et en étudierons la nature, encore complexe à l'heure actuelle ; nous mentionnerons ce qui aura été dit ou fait, au point de vue expérimental et clinique, à propos du rôle de

l'infection sur les phénomènes de ce genre ; et, parmi les cas que nous avons pu voir, nous publierons les observations de ceux qui semblent dépendre d'une maladie infectieuse, en notant quelle proportion ils occupent par rapport à la totalité.

CHAPITRE PREMIER

L'intolérance du tube digestif chez le nourrisson.

Les troubles digestifs, dans la pathologie du jeune âge, occupent une place énorme ; dans une consultation de nourrissons, la plupart des petits malades qui sont présentés, sont atteints de vomissements, de diarrhée, de constipation, avec toutes leurs conséquences. Le symptôme le plus habituel de ces troubles digestifs, celui auquel l'entourage prête le plus d'attention, le plus grave souvent, c'est le vomissement. « Les petits vomisseurs sont légion, et désespèrent les mères et les nourrices » (Variot).

La pathogénie de ces vomissements, exception faite des affections des divers appareils qui s'accompagnent de ce symptôme, a été rapportée à plusieurs causes. On a incriminé, en premier lieu, un mode d'alimentation défectueux : la suralimentation, régime dans lequel les tétées ou les biberons sont trop fréquents ou trop abondants, ou bien le lait trop riche en caséine ou en beurre ; l'hypoalimentation, au contraire, quand la nourrice a peu ou pas de lait (et alors le peu de lait qu'elle donne perd-il encore une partie de ses qualités nutritives), quand on donne des

ractions trop faibles ou trop diluées. Mais, quand le système d'alimentation ne peut donner lieu à aucun reproche, on cherche en dehors de lésions organiques authentiques une excitabilité spéciale de l'estomac, une tendance aux spasmes, l'aérophagie. Et, quand le cas du malade ne rentre pas dans ces cadres, on accuse le lait; on en fait une analyse; on trouve quelquefois une modification du taux des éléments; souvent on ne trouve rien; le lait est alors déclaré toxique, soit avec une certaine part de probabilité parce que la nourrice a été malade, a eu ses règles, soit d'une façon toute hypothétique, et c'est l'intolérance tout court.

Ces cas d'intolérance sont très fréquents dans la pratique des nourrissons. Nous pouvons dire, dès maintenant, qu'ils ne semblent pas être l'apanage de l'allaitement artificiel, loin de là, qu'ils sont même plus fréquents dans l'allaitement au sein ou dans l'allaitement mixte.

CHAPITRE II

L'intolérance pour le lait.

A. SYMPTOMATOLOGIE.

Cette intolérance peut être congénitale ou tardive; congénitale, les vomissements se produisent dès le premier ou le deuxième jour : la première tétée est rejetée en totalité ou en partie; les autres ont le même sort; souvent aussi, ils se manifestent au quatrième jour, quelquefois vers le quinzième. Tardifs, ces phénomènes d'intolérance n'apparaissent qu'au bout de plusieurs semaines, ou dans le cours de la première année, soit sans cause appréciable, soit à la suite d'une infection du sujet ou de la nourrice; enfin, il est des cas d'intolérance qui ne font leur apparition que dans le courant de la vie (par exemple, chez ce soldat dont nous publions plus loin l'observation).

A quelque époque qu'elle apparaisse, l'intolérance se manifeste toujours sous le même aspect : l'enfant vomit; l'enfant souffre et crie; il présente souvent de la diarrhée ou de la constipation, et quelquefois de l'eczéma.

Les caractères de ce vomissement sont très irréguliers comme abondance et comme moment d'apparition par rapport à la prise; tantôt très abondant, il

comprend la totalité du repas que vient de faire l'enfant, qui, à ce régime, dépérit très rapidement et tombe dans une véritable inanition; d'autres fois, il est constitué par une bonne partie de la prise, la moitié ou le quart par exemple; enfin, le plus souvent, il ne comprend qu'une faible partie de ce que vient d'absorber l'enfant, qui rejette la valeur d'une cuillerée à bouche, d'une cuillerée à café. Quelquefois, ce vomissement suit immédiatement la tétée, l'enfant a à peine fini l'ingestion qu'il en rejette une partie; c'est une régurgitation, mais qui est indépendante de la quantité de lait qu'on lui a fait absorber, qui n'a pas pour cause un gavage, une suralimentation (la preuve en est dans le fait, signalé par M. le Professeur Weill, des tétées jumelées, dont la première seule est vomie: l'enfant prend le sein; cette première tétée; une fois finie, est vomie, et, si l'on redonne le sein à l'enfant, cette fois-ci, il ne vomit plus). Très souvent, le vomissement est tardif et ne survient qu'une demi-heure, une heure, une heure et demie après la prise. Un caractère assez fréquent de ces vomissements réside dans le fait que le lait vomi n'est pas caillé; quand le vomissement est précoce, cela n'a rien que de naturel, le ferment lab n'a pas encore eu le temps d'exercer son action; mais, dans les vomissements qui suivent de une à deux heures la tétée, le lait est encore liquide, ce qui signifie arrêt de la sécrétion du ferment lab; un des premiers effets de l'injection sous-cutanée de lait est de rétablir la coagulation du lait dans les vomissements tardifs, coagulation qui est d'un pronostic favorable.

Non seulement l'enfant vomit, mais il souffre et crie après la tétée. Le cri disparaît souvent après le vomissement, parfois il persiste. Dans l'entourage de l'enfant, on l'attribue volontiers au nervosisme, au caprice, à la croissance, d'autant que l'enfant est souvent insomnique, s'endort difficilement, se réveille au moindre bruit. Il est agité, veut qu'on le porte, se raidit facilement. Ce sont là les symptômes nerveux associés communément à l'intolérance digestive. Parfois la perturbation nerveuse est plus accusée et confine à la convulsion. Tous ces symptômes disparaissent très rapidement et avant même les troubles digestifs, par l'injection sous-cutanée de lait. Nous avons souvent entendu des mères remercier chaleureusement M. le Professeur Weill d'avoir procuré comme par enchantement le sommeil à leurs nourrissons et par suite à elles-mêmes dont les nuits étaient sacrifiées. Dans un cas, nous avons assisté à la disparition rapide d'un laryngo-spasme très grave par deux injections d'une quantité minime de lait pratiquées par M. le Professeur Weill. Le cri qui succède à l'injection de lait est un cri de douleur provoqué par la présence d'une substance caustique, éliminée par le vomissement, le lavage, ou neutralisée par les alcalins, pour renaître à la prochaine tétée. Des mères ont même observé que les cris de l'enfant étaient en relation directe avec la quantité de lait ingéré : plus le biberon ou la tétée sont abondants, plus les cris de l'enfant sont violents. Au même titre que ce caractère du vomissement de n'être pas caillé, même quand il est tardif, le caractère des cris de

l'enfant d'être provoqués par l'ingestion et de cesser par le vomissement est presque spécifique dans l'intolérance; et, comme celui-là, il est immédiatement modifié par le traitement de M. le Professeur Weill : l'enfant ne souffre plus, il ne crie plus, il est calme ; l'enfant « nerveux », subitement, n'est plus nerveux.

L'intolérance ne comprend pas seulement des vomissements précédés de cris, elle comprend aussi, la plupart du temps, des troubles intestinaux, diarrhée ou constipation ; ce sont souvent des symptômes relativement légers, et qui, aux yeux de l'entourage et du médecin, n'occupent pas la première place des symptômes précédents ; l'enfant a plusieurs selles par jour, elles sont liquides, ordinairement jaunes, quelquefois vertes, avec quelques grumeaux blanchâtres ; ou bien l'enfant est constipé, et, pendant des mois, sans se lasser, on lui administre lavements ou laxatifs. Mais, dans certains cas, ces troubles intestinaux, très accentués, se placent au premier plan : c'est une diarrhée grumeleuse très abondante, rebelle à tout traitement, et qui ne cesse que quand on supprime le lait ; elle cède aux bouillons de légumes, mais sitôt qu'on redonne du lait elle réapparaît ; aussi en est-on réduit à exclure totalement cet aliment du régime, pour le remplacer par des farineux (avec le risque de phénomènes de carence : cachexie farineuse). La constipation opiniâtre de l'intolérance est très tenace : rapidement les lavements ne font plus d'effet, les doses d'huile de ricin doivent être augmentées, et, comme la diarrhée,

cette constipation ne cède qu'au changement de régime, qu'à la suppression du lait.

Un dernier symptôme fréquent de l'intolérance, c'est l'eczéma ; mais là, la question est plus complexe ; et, s'il y a des eczémas qui sont liés d'une façon certaine aux phénomènes d'intolérance, qui disparaissent avec elle, il en est d'autres, probablement, qui sont indépendants.

Combien de temps dure cette intolérance ? Quand elle est congénitale ou qu'elle apparaît dans le cours de la première année, ce qui est le cas le plus fréquent, elle dure quelquefois jusqu'à la fin de cette première année, après quoi elle disparaît d'elle-même ; souvent aussi elle rétrocede auparavant et se contente de durer un, deux, six mois.

La durée de cette intolérance, associée à ce fait qu'elle est plus ou moins absolue, en établit le pronostic ; l'intolérance absolue, qui se manifeste par des vomissements comprenant la totalité de la prise, aboutit très rapidement à l'inanition ; le rejet, répété pendant des mois, d'une bonne partie de la tétée, arrive au bout d'un certain temps au même résultat, et l'enfant, à six ou à neuf mois, est très en-dessous de son poids physiologique ; et même quand le rejet est peu abondant, presque insignifiant, il provoque presque constamment un arrêt ou un ralentissement dans la progression du poids ; ce sont des enfants qui, dans la forme légère, ne profitent pas aussi bien qu'un enfant sain le fait au même âge, et, dans la forme grave, dépérissent, ont l'air de petits cachectiques et aboutissent même à l'athrepsie.

Le nombre et la diversité des traitements employés, jusqu'à ces temps derniers, contre ces phénomènes d'intolérance, prouvent leur inefficacité ; tout était essayé, au petit bonheur, sans aucun résultat constant, et seule, la suppression de l'aliment à l'égard duquel se manifestait cette intolérance suspendait les accidents ; mais elle ne faisait que les suspendre, elle ne les guérissait pas ; la cause disparue, les effets, du même coup, disparaissaient ; la suppression momentanée et qui durait deux jours par exemple, ne faisait que repousser la détermination à prendre, le moyen thérapeutique à essayer ; quant à la suppression définitive, sans trop grand inconvénient lorsque l'intolérance n'existait que pour un lait, celui de la mère par exemple, que l'on pouvait remplacer par celui d'une nourrice ou par celui de vache, devenait dangereuse lorsqu'aucun lait n'était toléré, que l'enfant était encore tout jeune et qu'il fallait l'alimenter avec des farineux. La thérapeutique de tous ces troubles était donc purement symptomatique jusqu'au jour où M. le Professeur Weill a imaginé sa méthode d'injections sous-cutanées de lait.

B. NATURE.

On connaît les phénomènes graves observés chez certains nourrissons soumis à une diète rigoureuse à l'occasion de gastro-entérites et réalimentés avec du lait de vache au moment de la convalescence. On voit alors éclater des troubles digestifs et nerveux d'une grande intensité, du refroidissement, du col-

lapsus, aboutissant parfois à la mort. Ces faits, signalés par Hutinel, Barbier, etc., rentrent facilement dans le cadre de l'anaphylaxie, à laquelle ces auteurs les avaient rattachés. Il n'en est plus de même des faits étudiés par M. le Prof. Weill et qui diffèrent de la grande anaphylaxie alimentaire aussi bien par l'aspect des symptômes, leur bénignité relative, leur évolution, que par les conditions dans lesquelles ils prennent naissance. M. le Professeur Weill les fait rentrer provisoirement dans la petite anaphylaxie alimentaire, telle qu'elle a été définie dans « l'Anaphylaxie alimentaire » de Guy Laroche, Richet fils et Saint-Girons.

Il existe toutefois quelques différences entre les faits qui nous occupent et les symptômes d'anaphylaxie classique.

En premier lieu, il y a beaucoup d'intolérances qui sont congénitales : quelquefois, dès la première tétée, l'enfant vomit ; or, l'anaphylaxie alimentaire, aux yeux de ceux qui ont étudié ce sujet, demande pour se réaliser, comme l'anaphylaxie par injections, une certaine incubation nécessaire à la sensibilisation de l'organisme ; cette incubation, difficilement délimitée dans l'anaphylaxie par ingestion observée en clinique, est au minimum de dix jours dans l'anaphylaxie expérimentale par injections ; cette période d'incubation, qui existe, plus ou moins longue, dans certains cas d'intolérance (souvent les vomissements n'apparaissent que vers le quatrième jour) n'existe pas dans l'intolérance qui se manifeste dès les premières tétées. Ne peut-on expliquer cette contradic-

tion entre ces deux ordres de faits par l'anaphylaxie passive? Le sérum du cobaye hypersensible, injecté à un cobaye neuf, le sensibilise, et la première injection à ce second cobaye de l'albuminoïde employé est l'injection déchaînante qui provoque l'anaphylaxie; on peut faire l'hypothèse que l'organisme maternel sensibilisé par la résorption de son propre lait pendant la grossesse, transmet ses anticorps au nourrisson par la voie placentaire. Expliquer cette intolérance congénitale par l'anaphylaxie héréditaire est plus difficile, d'abord parce que, cliniquement et expérimentalement, l'anaphylaxie héréditaire à l'égard du lait n'a pas encore été démontrée ou même seulement décrite; et ensuite parce que la mère, la plupart du temps, ne présente aucune intolérance vis-à-vis de cet aliment.

Une seconde différence entre l'intolérance pour le lait et l'anaphylaxie c'est que cette dernière a été surtout étudiée à propos des albuminoïdes hétérogènes. Le cobaye ne sera jamais sensibilisé par le sérum d'un autre cobaye; c'est un point sur lequel se sont mis d'accord et ont insisté tous les expérimentateurs; or, cliniquement, si cette intolérance est fréquente pour le lait de vache, elle est encore plus fréquente pour le lait de femme (le plus souvent, lait de la mère); M. le Professeur Weill, en l'espace de six mois, de décembre 1918 à juillet 1919, a observé plus de trente cas de troubles anaphylactiques provoqués chez le nourrisson par le lait maternel et onze cas d'intolérance dans l'allaitement mixte (vomissements du lait humain et du lait de vache). Loin de

nous, naturellement, l'intention d'effleurer seulement de la plus légère critique la loi de Pinard « l'enfant a droit au lait de la mère » ; mais, assez souvent cependant, l'enfant est loin de se trouver bien de ce lait auquel il a droit, et, tout en prônant l'allaitement maternel, on est obligé de reconnaître que souvent l'enfant ne le tolère pas ; ces cas sont d'ailleurs parfaitement connus de tous les accoucheurs et de tous les médecins spécialistes des enfants, mais ils en rapportent la cause à une suralimentation, quelquefois à un mauvais vouloir de la mère ; or, les cas de M. le Professeur Weill ont été mis en observation ; les enfants n'étaient pas gavés, les mères le plus souvent tenaient à les allaiter elles-mêmes ; d'ailleurs, quelques jours après, l'enfant ayant subi les injections, supportait parfaitement le lait maternel et les intentions de la mère n'avaient pas changé, non plus que sa façon de donner le sein. Donc si cette intolérance est de l'anaphylaxie, il n'est pas du tout indispensable, pour que les accidents se déclarent, que le sujet ait été sensibilisé par un albuminoïde hétérogène.

Un autre fait dont l'explication est difficile si l'on traite d'anaphylaxie cette intolérance pour le lait, c'est le procédé de traitement lui-même de M. le Professeur Weill : voici un enfant qui présente ces accidents, qui vomit le lait de vache par exemple ; on lui injecte quelques centimètres cubes de ce lait ; cette injection qui, d'après les expérimentateurs, devrait être l'injection déchaînante chez ce sujet sensibilisé par des ingestions successives de ce lait,

est, au contraire, une injection qui met fin à tous les accidents et qui y met fin d'une façon durable. Comment expliquer l'action de cette injection? M. le Professeur Weill admet volontiers que le lait injecté sous la peau se résorbe lentement, ce qui rappellerait les injections de petites doses, procédé de vaccination de Besredka?

Il existe, accompagnant les accidents anaphylactiques des modifications sanguines auxquelles Widal a donné le nom de crise hémoclasique : ce sont des troubles de la coagulation et des modifications de la leucocytose. Il n'a été fait aucune recherche dans ce sens chez les sujets intolérants dont nous publions plus loin les observations.

Pour nous résumer et pour conclure, nous dirons que cette intolérance pour le lait, dont quelques caractères sont différents de ceux de l'anaphylaxie telle qu'on la conçoit actuellement, s'en rapproche cependant par certains caractères communs. Il appartient à la médecine expérimentale d'éclaircir ces problèmes nouveaux que pose la clinique.

CHAPITRE III

Relation entre l'infection et cette forme d'anaphylaxie.

Travaux et écrits antérieurs.

Ce n'est que maintenant que nous considérons ces phénomènes d'intolérance comme étant de nature anaphylactique, que nous entrons dans le sujet même de notre thèse. Recherchons rapidement d'abord si, expérimentalement, infection et anaphylaxie sont liées par un rapport connu, puis exposons le rôle que jouent, à notre avis, les maladies infectieuses, en clinique, dans la production de ces phénomènes anaphylactiques.

Peu de temps après les expériences premières de Richet et Portier sur l'anaphylaxie, des Américains constatèrent, chez les cobayes dont ils se servaient pour le dosage du sérum antidiphtérique, une hypersensibilité vis-à-vis du sérum de cheval ; ce fait fut étudié soit par Otto, soit par Rosenau et Anderson. Otto injecte à un cobaye un mélange de toxine et de sérum de cheval, puis, quelques temps après, du sérum de cheval ; le cobaye présente, de suite après la deuxième injection, des accidents très graves et le plus souvent mortels. Le cobaye au contraire qui, à la première

injection n'a reçu que du sérum de cheval sans toxine, ne présente pas d'accident à la deuxième injection ou des accidents très légers d'anaphylaxie. D'autre part, le cobaye qui reçoit, en premier lieu, de la toxine diphtérique et, en second lieu, du sérum de cheval, ne présente aucun accident anaphylactique. Ce n'est donc pas la toxine qui provoque elle-même ces symptômes morbides ; elle ne joue que le rôle de favoriser la production de l'anaphylaxie, d'exagérer ses manifestations. Otto a donné à ce phénomène le nom de phénomène de Théobald Smith, en désignant nettement sous cette dénomination ce fait que l'adjonction de toxine diphtérique au sérum, à la première injection, produit l'hypersensibilité, exagère la sensibilité que le sérum de cheval aurait créée par lui-même.

Rosenau et Anderson, à la même époque, firent de leur côté les mêmes expériences et arrivèrent à la même conclusion sur le pouvoir favorisant de la toxine diphtérique vis-à-vis de la sensibilisation du sujet.

Il n'a pas été fait, à ce que nous sachions, d'expériences dans les laboratoires pour déterminer si une maladie infectieuse, antérieure par exemple, provoquait ou favorisait chez les animaux les troubles anaphylactiques. Le phénomène de Théobald Smith est le seul fait expérimental qui se rapporte à notre sujet.

Cliniquement, existe-t-il une relation entre les maladies infectieuses et la forme d'anaphylaxie que nous avons décrite ? Pour répondre à cette question, nous ne pouvons exprimer simplement l'opinion de la

plupart des auteurs, puisque les accidents que nous avons en vue rentraient, jusqu'à ces temps derniers, dans des cadres différents au lieu d'être groupés dans une même catégorie ; aussi la question n'était-elle pas posée dans son ensemble ; nous y répondrons tout à l'heure, en montrant combien de fois nous avons trouvé une maladie infectieuse antérieure à ces accidents. Depuis longtemps on a décrit l'influence de l'infection sur les fonctions digestives ou, au contraire, cherché à expliquer tel trouble digestif par une maladie antérieure.

C'est une croyance courante et très ancrée dans l'opinion publique qu'une nourrice qui tombe malade doit cesser d'allaiter son enfant ; Perret, en 1903, publiait plusieurs observations dans lesquelles la nourrice, ayant contracté la grippe ou une infection puerpérale, continuait à allaiter l'enfant qui profitait comme à l'ordinaire ; il terminait par la conclusion suivante : on doit conseiller de ne pas interrompre l'allaitement chez une femme qui se trouve atteinte d'accidents fébriles ; on prendra seulement des précautions pour que l'enfant ne contracte pas l'affection de sa mère.

Sur ce même point, et contrairement à l'opinion de Perret, on trouve, dans la plupart des auteurs, la notion du lait devenu toxique pendant une maladie fébrile de la nourrice ; d'une façon générale, ils insistent peu sur les troubles digestifs provoqués par ce lait toxique, troubles légers, rarement prolongés, disent-ils, et qui disparaissent avec la cause qui les a déterminés.

Ils insistent bien davantage sur les troubles digestifs provoqués par une maladie infectieuse chez le sujet lui-même : ce sont des vomissements, et surtout les vomissements, ou de la période fébrile, ou même de la période d'incubation ; on ne fait que signaler des vomissements comme complication prolongée, de la diphtérie, par exemple. C'est surtout la diarrhée qui a été constatée et décrite, et, pour ce symptôme, on a insisté sur ce fait que, si souvent, il précède ou accompagne l'infection elle-même, souvent également il persiste après elle et peut même passer à la chronicité.

Pour expliquer ces troubles digestifs, on a parlé d'élimination de bactéries, de toxines, de déchets cellulaires, élimination qui met momentanément le tube digestif en état d'infériorité et peut même provoquer des lésions de la muqueuse. Il y a des faits cliniques et expérimentaux qui établissent d'une façon certaine cette élimination microbienne ; s'accompagne-t-elle de lésion anatomique ? Si ce fait existait, il pourrait venir à l'appui de l'opinion de l'identité des phénomènes d'intolérance et d'anaphylaxie, puisque la plupart des auteurs qui se sont occupés de l'anaphylaxie alimentaire ont insisté sur ce point qu'elle se produisait plus facilement chez un individu présentant des lésions de la muqueuse digestive, lésions permettant le passage d'une petite quantité d'albuminoïde non transformé ; mais nous devrions dire plutôt que cette notion de lésion post-infectieuse de la muqueuse ne soutiendrait la notion d'identité entre l'anaphylaxie et l'intolérance, que lorsque cette dernière est con-

sécutive à une infection ; or, nous verrons tout à l'heure que ce n'est pas la règle générale, loin de là.

On a dit aussi, pour expliquer l'influence de l'infection sur l'appareil digestif, qu'elle amenait une insuffisance ou une perversion des sécrétions digestives. Nous faisons observer seulement que les enfants qui ont des accidents anaphylactiques vomissent en général le lait non caillé, même s'ils l'ont ingéré depuis un certain temps ; est-ce que le ferment lab ne serait pas sécrété en quantité suffisante ? Nous rapportons également, comme elle nous l'a été, la constatation d'une mère dont l'enfant vomissait et qui fut guéri par les injections de M. le Professeur Weill : « Avant, mon bébé avait la bouche sèche ; depuis qu'il est guéri, il salive abondamment ».

Il n'a pas été décrit, à notre connaissance, des troubles digestifs chez l'enfant que l'on ait rattachés à une maladie fébrile de la mère pendant la grossesse.

Nous allons exposer, maintenant, les cas dans lesquels une maladie infectieuse a précédé les accidents anaphylactiques ; nous mentionnerons la proportion qu'ils constituent par rapport au nombre de cas que nous avons pu observer.

CHAPITRE IV

Rôle de l'infection dans l'anaphylaxie congénitale.

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M. le Professeur Weill, vingt-deux cas d'anaphylaxie alimentaire congénitale : l'enfant vomissait dès la naissance ; en faisant préciser la mère, le plus souvent elle disait que son enfant avait vomi dès la première tétée ; quelquefois elle fixait au quatrième jour le début des accidents, quelquefois aussi au quinzième jour, ou même à trois semaines (dans ce dernier cas, nous considérons cependant cette anaphylaxie comme congénitale). Or, chez les 22 mères, 11 n'ont eu aucun accident fébrile pendant leur grossesse ; 6, qui n'ont pas été interrogées particulièrement sur ce point, n'ont pas dit d'elles-mêmes qu'elles aient eu une maladie ; et enfin 5 ont déclaré avoir été très malades de la grippe pendant qu'elles étaient enceintes. Donc, dans cette série de malades, le rôle de l'infection dans la production de l'anaphylaxie alimentaire congénitale était limité et se réduisait à 22,7 % des cas.

Dans ces exemples où il y a eu infection, elle est apparue à une date très variable de la grossesse : les

observations qui suivent sont rangées précisément dans l'ordre de date d'apparition de la grippe, date qui varie du deuxième mois à trois jours avant l'accouchement à terme.

OBSERVATION I

(Observation personnelle de M. le Prof. WEILL.)

M..., un mois.

Père 33 ans, bien portant ; mère 29 ans, bien portante ; a une véritable répugnance pour le lait de vache et ne peut le prendre que froid et crû ; il y a six ans, pendant sa première grossesse, elle a eu une pyélonéphrite et n'a pas pu digérer le lait.

Pas de fausse couche ; deux enfants, l'aîné a 5 ans et se porte bien. Au deuxième mois de sa grossesse, grippe (température à 39°, état général grave, au lit pendant quinze jours) ; pas de complication.

Accouchement à terme, normal ; poids 3300 grammes ;

Allaitement maternel toutes les trois heures.

Dès la naissance, l'enfant présenta des vomissements abondants parfois de suite après les tétées, parfois une demie-heure après et même davantage ; jamais le lait vomi n'était caillé ; les vomissements étaient accompagnés de glaires.

L'enfant criait beaucoup, surtout après les tétées ; les vomissements le calmaient et il s'endormait pendant une heure, après quoi il se réveillait en criant ; il dormait peu la nuit, pas le jour.

N'a pris que peu de poids depuis sa naissance.

Tous les traitements ont été essayés sans le moindre succès ; il est amené au professeur Weill.

7 juillet 1919. — *Intra-dermo réaction au lait de la mère et injection de 5 cc. de lait de la mère.*

8 juillet. — Intra-dermo négative.

A bien dormi la nuit, est très calme.

Vomissements moins abondants ; le lait est très légèrement caillé ; il n'y a plus de glaires dans les vomissements.

10 juillet. — *Injection de 5 cc. 1/2 de lait de la mère* à doses fractionnées.

12 juillet. — Depuis le 11 juillet au matin vomissements moins abondants ; après chaque tétée, rejet d'une quantité de lait liquide équivalent à une cuillerée à entremets.

A le hoquet depuis le dix ; commence un quart d'heure après la tétée, dure cinq à 10 minutes, survient à la moitié des tétées.

Très calme, dort bien, sommeil plus profond (avant il criait tout le temps depuis sa naissance ; on ne pouvait marcher dans sa chambre, quand il dormait, sans provoquer des sursauts) ; il ne crie plus de la même façon.

14 juillet. — *Injection de 7 cc. 1/2 de lait de la mère* (à doses fractionnées).

Du 12 au 14 juillet, a pris 90 grammes.

Ne crie plus la nuit, un peu dans la journée.

15 juillet. — Ne vomit qu'une cuillerée à café de lait plus caillé qu'avant ; encore un peu de glaires.

17 juillet. — *Injection de 8 cc. 1/2 de lait de la mère* (à doses fractionnées).

Intra-dermo réaction à la mère.

18 juillet. — L'enfant a gardé hier ses tétées.

La mère a eu hier, trois heures après l'injection, une légère douleur avec un peu de gonflement ; le foyer d'injection est encore un peu rouge.

21 juillet. — Depuis le 18, l'enfant crache d'une façon insignifiante la moitié d'une cuillerée à café, après les tétées, une fois sur deux.

Ne crie pas, est très calme, dort bien, selles normales.

A pris 190 grammes en trois jours.

OBSERVATION II

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

L... Etienne, 2 mois.

Père 35 ans ; tuberculeux pulmonaire.

Mère 28 ans, bronchites tous les hivers ; soignée au dispensaire antituberculeux.

Pas de fausse couche, cinq enfants ; deux sont morts, l'un à 13 mois de broncho-pneumonie consécutive à rougeole, l'autre à 6 mois, de méningite tuberculeuse ; des trois vivants, l'aîné tousse et a une santé médiocre ; le suivant se porte bien.

Au sixième mois de la grossesse, grippe (alitée pendant quinze jours, température à 40°), pas de complication.

Enfant à terme, accouchement facile, poids 4000 grammes.

Allaitement maternel pendant trois semaines (toutes les trois heures).

Dès sa naissance, l'enfant vomissait, tantôt de suite, tantôt une heure après la tétée ; le lait n'était pas caillé. Seules les deux tétées de la nuit, à 23 heures et à 4 heures, n'étaient jamais vomies, n'entraînaient pas d'agitations et de cris. Il dormait la nuit ; le jour, au contraire, il criait sans cesse, et particulièrement après ses tétées ; même les vomissements ne le calmaient pas. Selles diarrhéiques, vertes et glaireuses pendant les quinze premiers jours, puis constipation opiniâtre.

Au bout de ces trois semaines, sur les conseils d'un médecin, la mère cesse de nourrir et donne six biberons par jour. Pas de modification des phénomènes, si ce n'est que les vomissements ne surviennent plus qu'une heure après la tétée et sont caillés. Les biberons donnés la nuit étaient bien supportés.

L'enfant maigrissait.

Il y a trois semaines varicelle, peu marquée, dure huit jours ; pas de suite.

A l'examen gros foie, grosse rate ; rien au cœur, ni aux poumons. Un peu de raideur de la nuque et des membres ; ponction lombaire : liquide limpide hypertendu sans éléments figurés.

5 juillet. — *Intra-dermo réaction au lait de vache.*

6 juillet. — *Intra-dermo positive.*

A vomi la prise de 22 heures, celle de 5 heures et celle de 7 heures ; les vomissements étaient aqueux, survenant une demi-heure après la prise. Constipation. Crie beaucoup.

Injection de 1 cc. de lait de vache mélangé à 9 cc. de sérum artificiel.

7 juillet. — L'injection a donné une zone ecchymotique légèrement violacée, de la grandeur de la paume de la main.

Ascension thermique maxima 38° 6.

Pendant la journée d'hier, vomissements aqueux une demie-heure après la prise.

Depuis l'injection les selles sont liées, alors qu'elles étaient constipées auparavant.

8 juillet. — L'enfant est calme, ne crie pas, dort le jour comme la nuit.

Injection de 3 cc. de lait de vache mélangé à 7 cc. de sérum artificiel.

9 juillet. — L'enfant a bien dormi, il ne crie plus.

Au lieu de l'injection, zone érythémateuse avec œdème ; température maxima 39° 4.

Hier vomissements peu abondants et caillés, après les prises de 14 heures et de 16 heures ; pas de nouveaux vomissements depuis.

10 juillet. — Pas de nouveaux vomissements.

16 juillet. — L'enfant n'a pas revomi.

OBSERVATION III

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

B... (Marcel), 4 mois.

Père 39 ans, bien portant; mère 26 ans, bien portante.

Pas de fausse couche ; quatre enfants, dont deux sont morts (c'étaient deux jumeaux qui moururent au moment de l'accouchement) ; une fille de 3 ans se porte bien.

La mère a eu une grippe très forte au sixième mois de sa grossesse ; sans complication ; de plus à la même époque, elle a éprouvé une grande frayeur lors des explosions de Vénissieux.

Enfant à terme : accouchement facile ; poids 3500 gr.

Allaitement maternel.

Vomissements dès la naissance, après presque toutes les tétées, assez abondants, survenant de suite ou une heure après la prise de lait.

L'enfant criait jusqu'à ce que le vomissement l'ait soulagé,

après quoi il s'endormait. Il dormait mal la nuit, était agité; il dormait mieux le jour, mais le sommeil n'était pas très profond, car il suffisait d'un peu de bruit pour le réveiller. Il a toujours été étiqueté « enfant nerveux ».

Constipation opiniâtre.

Pour combattre les vomissements la mère lui donna du citrate de soude, ce qui diminua l'abondance des vomissements et lui permit de profiter un peu. Un médecin, consulté il y a un mois, lui déclara que son lait n'était pas assez nourrissant et lui conseilla de donner deux biberons de lait de vache de 50 gr. toutes les trois heures. Les vomissements continuèrent; la mère ne pouvant faire passer son lait donnait le sein deux fois la nuit.

A l'examen, ventre souple; on ne sent ni le foie ni la rate; rien au cœur ni aux poumons.

2 juin 1919. — **Intradermo-réaction au lait de la mère.**

3 juin. — Intradermo positive.

L'enfant, entré à la Crèche Saint-Ferdinand, vomit indifféremment le lait de sa mère et le lait de vache qu'on lui donne en surplus, la mère n'ayant plus assez de lait. Ces vomissements sont peu abondants (1 cuillerée à café), caillés quand ils surviennent vingt minutes de plus après la tétée; sinon ils sont aqueux.

Depuis l'intradermo, l'enfant dort mieux, crie moins.

Injection de 1 cc. de lait de la mère.

4 juin. — Élévation thermique maxima 38° 9. Au lieu d'injection érythème occupant tout le côté gauche de l'abdomen et s'étendant en arrière jusqu'à la colonne vertébrale. Depuis l'injection l'enfant n'a pas revomi le lait de sa mère.

5 juin. — L'enfant continuant à vomir le lait de vache seul, on le vaccine avec ce lait.

Injection de 1 cc. de lait de vache mélangé à 9 cc. de sérum artificiel.

6 juin. — Élévation thermique maxima 38° 7. Rougeur au lieu d'injection occupant toute la partie droite de l'abdomen.

L'enfant continue à ne pas vomir le lait de sa mère, et depuis l'injection de lait de vache il n'a rejeté qu'une cuillerée à café de lait de vache caillé, après la prise de 7 heures.

L'enfant est toujours très constipé.

7 juin. — L'enfant ne vomit plus du tout ni le lait de sa mère ni le lait de vache. Il crie bien moins.

9 juin. — L'enfant quitte la crèche Saint-Ferdinand guéri. Il n'a pas revomi depuis l'injection ; il dort bien, ne crie plus. La constipation persiste.

OBSERVATION IV

(Observation personnelle.)

C... (Marguerite), 6 mois.

Père bien portant ; la mère souffre d'une salpingite consécutive à une fausse couche de deux mois ; c'est leur premier enfant.

Au septième mois de la grossesse, grippe grave (a dû garder le lit pendant six semaines). Accouchement à terme.

Allaitement maternel toutes les trois heures. Dès la naissance, dès la première tétée, l'enfant a vomi ; il vomissait après toutes les tétées sans exception, soit de suite après, soit plus d'une heure après ; le lait vomi n'était jamais caillé ; les vomissements étaient plus ou moins abondants suivant les tétées : tandis que celles du soir et de la nuit étaient rejetées presque totalement, celles du matin étaient suivies d'une régurgitation de la valeur de quelques cuillères à café.

Dès sa naissance également l'enfant était agité et criait ; les cris étaient très violents quand il venait de prendre le sein, jusqu'au moment où il vomissait, après quoi ils cessaient jusqu'à la tétée suivante ; après la tétée de la nuit, la mère attendait avec impatience que son enfant ait vomi, car de suite après ce vomissement il s'endormait tranquille.

En même temps, selles diarrhéiques, souvent vertes. Pendant cette période l'enfant profitait peu.

Au bout de deux mois, la mère essaye pendant quelques jours l'allaitement mixte (pas de modification), puis se résout à l'allaitement artificiel (7 biberons par jour de 120 gr. de lait coupé au quart d'eau bouillie).

A ce régime, les vomissements continuent, aussi fréquents et aussi abondants, mais le lait vomi est caillé. D'autre

part l'agitation et les cris diminuent considérablement. Les selles ne sont plus vertes, elles ne sont plus diarrhéiques ; l'enfant est plutôt constipé.

Pour essayer de supprimer les vomissements, la mère, sur le conseil de médecins, augmente la proportion d'eau bouillie des biberons ; l'enfant vomit toujours autant.

A 5 mois 1/2, la mère donne du lait pur, non coupé d'eau ; à ce moment l'enfant s'arrête de vomir. Depuis trois semaines, l'enfant n'a pas vomi ; il ne crie pas ; il a des selles jaunes moulées ; il profite bien.

OBSERVATION V

(Recueillie dans la collection de M. le Prof WEILL.)

C... (Henry), 6 mois.

Père 49 ans, bien portant ; mère 27 ans bien portante.

Pas de fausse couche ; quatre enfants ; l'un est mort à 3 mois de diarrhée verte, deux autres vont bien.

Au huitième mois de la grossesse, grippe grave (température élevée, garde le lit trois semaines) sans complication.

Enfant à terme, accouchement facile.

Allaitement maternel pendant deux mois (toutes les 3 heures).

Dès la naissance, l'enfant a présenté des vomissements aqueux de suite après la tétée. Il criait constamment, dormait la nuit et pas le jour. Selles normales. Il maigrissait.

Au bout de deux mois, la mère n'ayant plus de lait, donne du lait de vache coupée de moitié d'eau bouillie. Les biberons sont également vomis, presque entièrement, de suite après la prise, mais caillés. Même état nerveux ; selles normales ; l'amaigrissement continue.

7 juillet. — *Intra-dermo-réaction au lait de vache.*

8 juillet. — Intradermo positive.

Pas de modification de l'état général.

9 juillet. — *Injection de 1 cc. de lait de vache mélangé à 9 cc. de sérum artificiel.*

10 juillet. — Au lieu de l'injection, large zone érythémateuse couvrant toute la moitié de l'abdomen, jusqu'au pli

de l'aine et s'étendant en arrière jusqu'à la colonne. Maximum thermique 38° 8 atteint sept heures après l'injection.

L'enfant est très calme depuis l'injection ; il a bien dormi cette nuit ; il n'a pas revomi.

11 juillet. — L'enfant est calme, il continue à dormir et à ne pas vomir.

15 juillet. — L'enfant quitte la crèche Saint-Ferdinand guéri.

OBSERVATION VI

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

J... (Paul), 4 mois.

Parents bien portants.

Pas de fausse couche ; quatre enfants, un est mort à 9 mois d'affection inconnue ; deux autres sont bien portants.

L'accouchement, à terme, s'est fait au troisième jour d'une grippe fébrile, qui a duré encore trois jours ; la température s'est maintenue à 40° et au-dessus, la mère toussait, l'état général était très grave. L'accouchement n'a pas semblé modifier la marche de la grippe, ni en bien ni en mal.

La montée de lait s'est faite dix-huit jours après l'accouchement. L'enfant était nourri par une autre nourrice ; il a pris du poids pendant cette période ; on ne peut pas savoir d'une façon formelle s'il ne rejetait pas le lait de cette nourrice.

La montée de lait au dix-huitième jour a été brusque avec température à 39°, seins tendus et glandes sous le bras ; la température n'a duré qu'un jour.

A partir du dix-huitième jour l'enfant a été nourri au sein maternel exclusif jusqu'au 18 novembre 1918 ; l'enfant a toujours vomi de suite après chaque tétée.

A cause de ces vomissements, et parce que l'enfant ne prend pas de poids, la mère lui donne quatre biberons de lait de vache par jour et deux tétées au sein ; l'enfant vomit après les tétées au sein ; il ne vomit pas le lait de vache.

18 décembre 1918. — Depuis son entrée à la crèche Saint-Ferdinand, l'enfant garde le lait de vache et vomit le lait maternel.

On lui a fait prendre une tétée avec une nourrice dont l'enfant digère le lait ; il l'a rendu comme celui de sa mère.

A l'examen, rien de particulier.

Examen du lait de la mère : rien d'anormal.

22 décembre. — **Injection de 6 cc. de lait maternel.**

23 décembre. — La mère a donné le sein, il n'y a pas eu de vomissement.

On donne du lait de vache, l'enfant le vomit.

31 décembre. — Depuis l'injection il a pris le sein sans discontinuer et n'a pas vomi.

Il quitte la crèche Saint-Ferdinand.

8 janvier 1919. — La mère ramène son enfant parce qu'il tousse.

Depuis sa sortie il n'a pris que le sein et il n'a pas vomi ; il ne vomit un peu que depuis qu'il tousse, c'est-à-dire depuis quatre jours, et seulement après la toux ; il présente un peu de tirage ; pas de jeu des ailes du nez ; pas de cyanose ; aux poumons, sibilances et quelques râles sonores.

15 janvier. — L'enfant quitte la crèche.

9 avril. — L'enfant n'a plus vomi.

Il a grossi d'abord de 50 grammes par semaine, puis de 80 grammes, puis de 100 grammes ; actuellement il pèse 4.800 grammes.

18 avril. — L'enfant ne vomit pas.

La mère demande si elle peut donner du lait de vache, son lait diminuant.

On fait une intra-dermo réaction double (au lait maternel et au lait de vache).

19 avril. — L'intra-dermo au lait maternel est négative, celle au lait de vache est positive (grosse papule).

22 avril. — L'enfant rentre à la crèche Saint-Ferdinand ; on commence à l'alimenter partiellement avec du lait de vache ; aujourd'hui on lui donne deux biberons ; l'enfant le prend avec difficulté, il crie pendant qu'on lui le donne, n'en prend qu'une partie, regurgite, à la suite, la valeur de deux cuillerées à bouche.

Dans l'intervalle des deux biberons il n'a pas crié plus que de coutume.

24 avril. — L'enfant régurgite après chaque biberon de lait de vache.

26 avril. — *Injection de 13 cc. 1/2 de lait de vache* (à doses fractionnées et progressives).

27 avril. — *Injection d'un 1/2 cc. de lait de vache.* Les injections d'hier ont donné des plaques ecchymotiques.

28 avril. — La température est montée à 39° et s'y est maintenue pendant dix-huit heures.

Depuis l'injection l'enfant ne vomit plus le lait de vache.

Selles avec grumeaux abondants.

30 avril. — L'enfant quitte la crèche Saint-Ferdinand.

1^{er} juillet. — N'a plus revomi depuis.

Les observations précédentes proviennent pour la plupart du service de M. le Professeur Weill : des enfants étaient amenés parce qu'ils vomissaient ; nous recherchions la maladie infectieuse pendant la grossesse. Nous avons également fait l'enquête en sens inverse : une femme enceinte contracte une maladie infectieuse ; son enfant présente-t-il des vomissements, et, d'une façon générale des symptômes d'anaphylaxie alimentaire ? Nous nous sommes heurtés, dans ce travail, à des difficultés provenant de la légère désorganisation qui a sévi, pendant la guerre, dans quelques services, vu le manque de personnel pour prendre les observations ; aussi les cas que nous pouvons citer sont très restreints.

A l'infirmerie adjointe au service de maternité de M. le Docteur Commandeur, nous avons relevé les noms de toutes les femmes qui s'y trouvaient, au

mois d'octobre dernier, enceintes et atteintes de la grippe : beaucoup ont succombé après leur accouchement, beaucoup d'enfants sont morts en très bas âge ; de plusieurs, nous n'avons pu obtenir de renseignements précis ; aussi le nombre de cas qui nous permet d'établir une proportion est-il fort peu considérable, 8 seulement. Or, chez ces 8 femmes qui ont eu la grippe pendant leur grossesse, 6 ont eu des enfants qui n'ont présenté aucun phénomène d'intolérance, et 2, soit 25 % ont remarqué de l'anaphylaxie chez leur enfant. Cette proportion de 25 % se rapproche assez de celle de 22,7 % observée dans le service de M. le Professeur Weill.

Nous avons recueilli, dans le service des scarlatines, quelques observations de femmes ayant eu cette maladie pendant leur grossesse ; deux d'entre elles nous ont donné des renseignements précis : quand elles furent malades elles étaient enceintes de cinq mois ; les deux enfants n'ont pas présenté d'anaphylaxie et se sont toujours très bien portés.

Nous avons également l'observation d'une femme qui a contracté la variole au septième mois de sa grossesse : sa petite fille, très bien portante, n'a jamais eu d'intolérance.

Une autre femme est atteinte, au huitième mois de sa grossesse, d'une grippe assez grave, puis d'une érysipèle : son enfant a présenté, pendant quelques jours seulement, de légères régurgitations qui ont été imputées à la suralimentation.

En résumé, le rôle de l'infection de la mère pendant la grossesse, dans la production de l'anaphylaxie ali-

mentaire chez l'enfant, est limité à 22,7 % ou 25 % des cas, quand la maladie infectieuse est la grippe ; quand cette infection est la scarlatine, la variole, l'érysipèle, dans les cas trop rares, que nous avons pu observer, le rôle semble nul.

CHAPITRE V

Rôle de l'infection dans l'anaphylaxie tardive.

Nous dénommons anaphylaxie tardive celle qui ne débute que quelques semaines après la naissance.

Dans cette forme tardive et, si l'enfant est nourri au sein, l'infection pourrait agir de deux façons différentes :

Soit indirectement : la nourrice contracte une maladie infectieuse, elle continue à allaiter l'enfant, qui présente ou non des troubles anaphylactiques ;

Soit directement : l'enfant est victime lui-même d'une infection, qui déclanche ou non chez lui de l'anaphylaxie.

Nous avons vu, dans le service de M. le Professeur Weill, 28 cas d'anaphylaxie tardive chez des nourrissons ; sur ce nombre, trois fois, soit 11,1 %, cette anaphylaxie s'est déclarée au moment d'une maladie infectieuse de la nourrice, et cinq fois, soit 17,8 %, elle est apparue à la suite d'une infection du sujet lui-même.

A. INFECTION DE LA NOURRICE.

L'anaphylaxie qui en dépend se manifeste dès le début de la maladie de la nourrice : habituellement c'est le lendemain du jour où la nourrice a dû s'aliter que l'enfant commence à vomir, à avoir de la diarrhée ou de la constipation, à crier ; ces symptômes, habituellement, ne cessent pas avec la maladie et persistent bien longtemps après que la nourrice s'est rétablie.

Voici les observations du service de M. le Professeur Weill :

OBSERVATION VII

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

F... (Georges), 1 an.

Père, 47 ans, réformé pour entérite ; mère, 41 ans, bien portante.

Pas de fausse couche ; quatre enfants ; deux sont morts, l'un de méningite à 8 ans, l'autre d'appendicite à 12 ans.

La grossesse a été pénible : nausées, crampes d'estomac, vomissements bilieux le matin, mais non alimentaires. L'enfant est né à huit mois ; accouchement facile ; poids : 3.500 grammes.

Allaitement maternel toutes les trois heures.

Dès sa naissance l'enfant refusa de manger ; il était plongé dans une sorte de torpeur, dormait profondément jour et nuit, ne criait pas ; on avait toutes les peines du monde à lui faire prendre le sein pendant deux ou trois minutes de suite ; les selles étaient normales. Il a perdu 1.250 grammes pendant le premier mois.

Au bout de ce temps, il parut moins somnolent et se mit à téter plus volontiers ; il profita. Pendant le troisième et le quatrième mois, diarrhée jaune fréquente ; l'enfant ne semblait pas en être incommodé.

Au début du cinquième mois, la mère prit la grippe ; elle resta au lit pendant une semaine et sa convalescence dura trois semaines. Le lendemain du jour où la mère s'alita, l'enfant se mit à vomir ; c'étaient des vomissements abondants et caillés, survenant soit de suite après la tétée et se prolongeant jusqu'à la tétée suivante, soit une demi-heure ou une heure après. Ces vomissements étaient précédés d'une agitation extrême et de cris. L'enfant ne dormait plus le jour, il ne s'endormait plus le soir avant 22 heures et se réveillait six ou sept fois dans la nuit. Constipation habituelle.

Cet état persista sans modification pendant cinq mois.

Depuis deux mois, l'enfant maigrit ; les selles sont devenues vertes et glaireuses ; la mère lui donne tous les jours des lavements ou des laxatifs.

L'enfant est en retard, ne parle ni ne se tient sur ses jambes.

A l'examen, rien d'anormal.

5 juillet. — *Intra-dermo réaction au lait de mère.*

6 juillet. — L'enfant a bien dormi cette nuit, il n'a pas crié ; la mère lui a donné deux fois le sein, ses tétées ont été complètement gardées ; celle de ce matin, à 7 heures, a été suivie une demi-heure après d'une régurgitation aqueuse de la valeur d'une cuillerée à café.

L'intra-dermo a été positive.

7 juillet. — *Injection de 5 cc. de lait de la mère.*

8 juillet. — On constate une zone érythémateuse de la grandeur de la paume de la main, au lieu d'injection.

L'enfant a peu dormi cette nuit et a beaucoup crié.

Depuis l'injection, régurgitations aqueuses de la valeur d'une cuillerée à soupe, avec quelques grumeaux de lait caillé, une demi-heure après les tétées ; avant l'injection c'était de véritables vomissements.

9 juillet. — L'enfant a eu ce matin deux vomissements abondants, mais presque entièrement caillés.

L'enfant a un aspect mongolien ; sa langue sort constamment de sa bouche ; on lui donne 10 milligrammes de thyroïdine par jour.

10 juillet. — La mère n'a plus beaucoup de lait.

Hier, régurgitations aqueuses après les tétées.

A bien dormi cette nuit ; crie beaucoup moins.

Injection de 1 cc. de lait de vache.

11 juillet. — L'injection a donné une large zone d'érythème ; la température est montée à 38° 9 ; l'enfant a poussé des cris.

13 juillet. — Hier et ce matin l'enfant n'a pas vomi ; il a pris du lait maternel et du lait de vache ; il a bien dormi ; les selles sont jaunes liées.

La mère demande à emmener l'enfant.

L'observation suivante est curieuse par ce fait que, de deux enfants jumeaux qui étaient nourris par leur mère, il n'y en eut qu'un qui présenta des accidents anaphylactiques, lorsque la mère eut la grippe.

OBSERVATION VIII

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

G...-P... (Gaston), 5 mois.

La mère a eu une fausse couche de deux mois et sept sept grossesses à terme ; dernière grossesse gemellaire.

Des deux enfants jumeaux, l'un n'a jamais été malade et supporte parfaitement l'allaitement mixte.

L'autre jumeau est le petit malade ; il a d'abord été nourri exclusivement au sein maternel ; puis comme la mère n'avait plus assez de lait, elle a essayé l'allaitement mixte ; l'enfant n'a pas supporté le lait de vache, il le vomissait de suite après l'ingestion, en même temps qu'il présentait de l'agitation, de l'insomnie et des cris ; aussi la mère, au bout de 15 jours d'essai, dut-elle reprendre pour lui l'allaitement au sein exclusif.

Jusqu'au 10 février, le lait maternel a été bien supporté. A cette date, la mère a eu la grippe et, dès ce moment, l'enfant a commencé à vomir. Les vomissements sont quotidiens, mais irréguliers, tantôt à quatre ou cinq tétées, tantôt à deux ; ils se montrent soit immédiatement, soit une

demi-heure ou une heure après la tétée ; le lait rejeté n'est coagulé que dans les vomissements tardifs ; pas de diarrhée. L'enfant a perdu 100 grammes depuis qu'il vomit.

Son frère jumeau (qui est à l'allaitement mixte, trois tétées au sein et quatre biberons) n'a présenté aucun trouble digestif depuis la grippe de sa mère.

A. l'examen : aux poumons quelques râles à droite, en arrière ; ventre un peu empâté, élasticité de la peau conservée, pas d'hypertrophie du foie ni de la rate.

25 mars. — *Intra-dermo réaction au lait de la mère, positive.*

L'enfant est agité, il crie beaucoup, ne dort presque pas, se réveille souvent. Cette agitation et ces cris ont précédé les vomissements et existent depuis la naissance.

27 mars. — *Injection de 15 cc. de lait de la mère.*

Depuis hier l'enfant vomit peu ; avant-hier il a rejeté du lait à chaque tétée ; hier il n'a rejeté que la valeur d'une cuillerée de lait et après une seule tétée ; ce matin il a eu un léger vomissement après la tétée de 7 heures.

28 mars. — La température n'a pas dépassé 37°5 ; l'enfant n'a pas revomi depuis l'injection.

29 mars. — N'a pas revomi ; quitte la crèche Saint-Ferdinand.

16 mai. — L'enfant continue à bien aller.

Depuis trois semaines il prend deux biberons de lait de vache par jour.

Il ne vomit pas ; il a pris 16 grammes par jour ; il ne crie plus depuis la vaccination au lait, il dort bien, il est calme.

L'autre jumeau va bien.

OBSERVATION IX

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL).

R... (Laurence), 10 mois.

Parents bien portants.

Pas de fausse couche ; sept grossesses ; deux enfants sont morts d'entérite en bas âge, un de brûlures étendues ; trois sont bien portants.

Accouchement à terme, poids 3.000 grammes.

Allaitement au sein maternel.

Pendant les quatre premières semaines, l'enfant prend bien, profite bien, ne vomit pas.

A ce moment, la mère a été atteinte d'un phlegmon de la main, consécutif à une piqûre d'épiné; elle fut très gravement malade : l'œdème s'étendait à tout le membre supérieur; il fallut pratiquer la désarticulation du médius. La maladie dura deux mois.

Pendant tout ce temps, la mère continua à donner le sein; mais, dès le début de l'affection, l'enfant a présenté de la constipation, des vomissements et de l'agitation.

La constipation était assez opiniâtre : une seule selle tous les deux jours; encore des lavements ou du savon étaient-ils nécessaires pour la provoquer.

L'enfant vomissait après une ou deux tétées par jour, tantôt caillé quand le vomissement était tardif, tantôt non caillé quand il était récent.

Les cris étaient presque continuels et très violents, ils duraient une demi-heure après les tétées du matin et une heure et demie après les tétées du soir; la nuit, le sommeil était précaire, l'enfant était agité, se réveillait à tout bout de champ; le moindre bruit provoquait le réveil et les cris. Les cris étaient exagérés quand l'enfant venait de téter et ils étaient d'autant plus violents que la tétée avait été plus abondante.

Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plus de huit mois, l'enfant n'a cessé de présenter ces symptômes en même temps qu'il dépérissait énormément; poids actuel 3.620 gr.; à l'examen rien d'anormal à signaler, si ce n'est cet amaigrissement extrême; pas de température.

15 juillet. — *Intra-dermo réaction au lait de la mère, et injection de 10 cc. de lait de la mère.*

16 juillet. — *Intra-dermo réaction négative.*

Réaction minime au niveau de l'injection : zone érythémateuse de la largeur de la moitié de la paume de la main, sans infiltration ni œdème.

L'enfant a dormi toute la nuit, il n'a pas crié du tout, il n'a pas vomi, il n'est pas allé à la selle.

La mère a remarqué que l'enfant était détendu : d'habitude il se raidissait, on ne pouvait pas l'étendre pour le langer ; ce matin il s'est abandonné.

Pas de réaction thermique à la suite de l'injection.

L'enfant dort tout le temps ; on a de la peine à le réveiller.

Deuxième injection de 10 cc. de lait de la mère.

17 juillet. — La deuxième injection a donné une forte réaction (rougeur et gonflement de la grandeur de la paume de la main) ; pas d'élévation thermique.

L'enfant a très bien dormi, a été tranquille, n'a pas crié, n'a pas vomi ; la mère remarque une notable amélioration.

Aujourd'hui, selle moulée après quatre jours de constipation (cette selle a été obtenue par un petit lavement de deux cuillerées d'huile).

18 juillet. — Réaction toujours intense au niveau de l'injection.

Hier, température à 38°3 à 16 heures, et à 39° à 20 heures.

L'enfant a été spontanément à la selle (selle moulée).

Pas de vomissement ni de cris.

L'amélioration s'accroît.

19 juillet. — Depuis hier, l'enfant a une petite selle moulée toutes les trois heures.

Il n'a pas vomi, il est calme et dort tranquillement.

Au niveau de l'injection la rougeur a disparue.

Le poids de l'enfant est aujourd'hui de 3.640 grammes (augmentation de 20 grammes depuis quatre jours).

L'enfant quitte la crèche.

Comme pour l'anaphylaxie congénitale nous avons fait l'enquête en sens inverse et recherché, chez les nourrices ayant été malades, l'influence que cette maladie aurait pu avoir sur le nourrisson ; là aussi, les cas sont restreints.

Nous avons les observations de deux femmes qui ont eu la diphtérie pendant qu'elles allaitaient leur

enfant ; chez l'un des nourrissons il n'y a pas eu du tout d'anaphylaxie ; l'autre a vomi pendant huit jours, mais, au bout de ce temps, est apparue une varicelle dont l'incubation pouvait parfaitement motiver les vomissements.

Une autre observation est la suivante : un enfant nourri au sein vomit ; la mère contracte un érysipèle, elle continue à allaiter l'enfant qui ne vomit pas davantage.

Pour résumer quel est le rôle de la maladie infectieuse de la nourrice dans la production de l'anaphylaxie chez l'enfant, nous dirons que ce rôle existe dans 11, 1 % des cas observés par M. le Professeur Weill, et que ce rôle est nul dans les trois cas que nous venons de rapporter.

B. INFECTION DU SUJET.

La maladie infectieuse peut, ou provoquer des accidents anaphylactiques qui ne s'étaient encore jamais manifestés, ou faire réapparaître des accidents qui avaient disparu, par exemple, par le procédé des injections de M. le Professeur Weill.

OBSERVATION X

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

P... (Juliette), 4 mois.

Père, 36 ans, bonne santé habituelle ; mère 35 ans, bien portante.

Pas de fausse couche ; cinq enfants ; trois sont morts, le premier 48 heures après sa naissance, le second d'une méningite (il était hydrocéphale), le troisième à deux mois de

débilité congénitale ; l'aînée, qui est vivante, est bien portante ; la petite malade est la dernière.

Grossesse normale.

Accouchement à terme.

Allaitement maternel toutes les trois heures.

Pendant le premier mois, l'enfant ne criait pas, ne vomissait pas, ne présentait pas de diarrhée, mais ne profitait pas.

Au début du second mois, l'enfant prit la grippe qui dura une semaine environ.

A la suite de la grippe, apparut sur la tête et les joues une éruption de boutons rouges qui provoquait chez l'enfant un grattage continu. Depuis lors, l'eczéma a constamment augmenté, s'étendant au front et à tout le cuir chevelu.

A deux mois, diarrhée verte pendant huit jours ; puis apparurent quelques vomissements ; le lait était rejeté en bavant, caillé, cinq à dix minutes après la tétée ; ces vomissements, le plus souvent légers, étaient parfois très abondants.

L'enfant présentait aussi à la même époque un léger érythème des fesses.

28 mars. — **Intra-dermo réaction au lait de la mère.**

29 mars. — Intra-dermo positive.

Injection de 10 cc. de lait de la mère.

L'enfant, après chaque tétée, recrache en bavant une cuillerée à soupe de lait caillé.

29 mars. — L'enfant n'a pas eu d'élévation thermique à la suite de l'injection.

Il continue à vomir comme auparavant.

30 mars. — Diminution nette des vomissements.

1^{er} avril. — Les vomissements ont complètement cessé.

Une seule selle par jour ; les grumeaux ont disparu, alors qu'auparavant il y en avait presque depuis la naissance.

L'eczéma a donné beaucoup plus à la suite de l'injection ; aujourd'hui le suintement tend à disparaître.

7 avril. — L'enfant n'a plus revomi.

L'eczéma est traité au liniment oléo-calcaire.

Hier quatre selles avec quelques grumeaux.

14 avril. — L'enfant vomit depuis deux jours à chaque

tétée ; un quart d'heure après la prise, il recommence à rejeter du lait caillé, et régurgite constamment entre deux tétées.

Le 12 et 13 avril, diarrhée jaunâtre.

L'enfant a pris 230 grammes en quinze jours.

Pas de variation dans l'eczéma.

15 avril. — **Injection de 10 cc. de lait de la mère** (à doses fractionnées et progressives).

18 avril. — Depuis l'injection de lait l'enfant n'a pas revomi.

5 mai. — Il y a quinze jours, la mère a eu la grippe, avec de la fièvre pendant 3 ou 4 jours. Aussitôt, l'enfant a recommencé à vomir, sous forme de régurgitations répétées de lait caillé, dans l'intervalle des tétées ; l'enfant recrache également l'eau sucrée.

Au même moment, l'eczéma a beaucoup augmenté.

8 mai. — **Intra-dermo réaction au lait de la mère.**

9 mai. — Intra-dermo positive.

L'enfant paraît moins vomir qu'hier.

10 mai. — Diarrhée de l'enfant (5 selles jaunes, avec grumeaux et glaires) ; la mère souffre du sein droit, dont la pression fait sourdre un liquide épais et jaunâtre.

15 mai. — Le lait du sein droit est redevenu clair. L'enfant a encore de la diarrhée.

16 mai. — L'enfant quitte la crèche Saint-Ferdinand.

OBSERVATION XI

(Observation personnelle de M. le Prof. WEILL.)

P... (Paule), 3 mois.

Parents bien portants ; 3 enfants ; les deux aînés, nourris au sein maternel, ont présenté des vomissements, l'un pendant les trois premiers mois, l'autre pendant le deuxième mois ; c'étaient des vomissements peu abondants qui se sont arrêtés spontanément.

Grossesse normale ; accouchement à terme ; poids 4.000 grammes.

Allaitement maternel : six tétées par jour.

A commencé à vomir vers le dixième jour : elle vomissait peu, ne profitait pas beaucoup (pesait 4.200 grammes à six semaines).

A six semaines, grippe qui dura huit jours.

A la suite de cette grippe, les vomissements sont devenus beaucoup plus abondants.

L'enfant vomit tous les jours, à presque toutes les tétées (celles de 6 heures et de 22 heures ne sont jamais vomies) ; elle vomit tantôt une gorgée, tantôt la presque totalité de la tétée, le vomissement se produit entre un quart d'heure et une heure et demie après la prise ; le lait n'est jamais caillé.

L'enfant crie beaucoup, souvent pendant une heure de suite ; généralement les cris s'arrêtent après le vomissement.

Depuis la grippe les selles sont mal digérées, contiennent des grumeaux, sont plus abondantes que normalement.

16 février. — On donne, après chaque tétée, une cuillerée de lait de vache.

19 février. — Au bout de deux ou trois jours, les selles sont moins abondantes, contiennent moins de grumeaux ; mais l'enfant vomissant davantage, on cesse le lait de vache.

8 mars. — L'enfant ne peut passer une journée sans vomir : en particulier, la tétée de 9 heures est toujours vomie en totalité, une heure après ; celle de 15 heures également ; les tétées de 6 heures et de 22 heures continuent à ne pas être vomies.

A 3 mois, l'enfant pèse à peu de chose près son poids de naissance. Pourtant le lait de la mère est abondant : l'enfant prend à chaque tétée 120 à 150 grammes.

A l'examen, rien d'anormal.

13 mars. — **Injection de 10 cc. de lait maternel.**

A la suite de l'injection, la tétée de 18 heures, habituellement vomie, ne l'est pas aujourd'hui.

Poids 4.080 grammes.

14 mars. — L'enfant a eu un petit vomissement (une cuillerée à soupe) après la tétée de 18 heures ; ce vomissement a été le seul de la journée.

16 mars. — L'enfant a passé la journée entière sans

vomir, ce qui ne lui était jamais arrivé jusqu'ici ; elle crie beaucoup moins.

23 mars. — On complète les tétées par un biberon de 120 grammes de lait de vache ; aucun vomissement.

2 avril. — L'enfant est plus colorée, plus gaie, elle crie moins.

Ses vomissements sont insignifiants : de temps à autre une petite régurgitation, mais c'est très rare.

Poids 4.280 grammes.

OBSERVATION XII

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

O... (Raymond), 3 mois.

Enfant nourri au sein ; amené à la consultation pour coqueluche et vomissements.

La coqueluche a débuté il y a cinq semaines ; actuellement l'enfant a des quintes très rares.

Les vomissements ont apparu il y a huit jours ; ils sont très abondants, ils égalent à peu près la quantité de lait ingéré ; ils se produisent après chaque tétée, soit de suite, soit un moment après. De plus l'enfant s'énervé et crie quand il est au sein.

L'enfant tolère le lait de vache, il ne le vomit pas.

Depuis un mois la mère présente des métrorragies.

23 janvier. — **Injection de 6 cc. de lait de la mère.**

24 janvier. — Depuis hier soir vomissements moins abondants.

29 janvier. — Depuis quarante-huit heures pas de vomissement.

La mère n'a plus assez de lait ; on ajoute du lait de vache (deux biberons et cinq tétées maternelles).

30 janvier. — Le lait de vache est vomi en entier.

31 janvier. — On revient au lait humain exclusif.

L'enfant a vomi environ le quart des tétées de 13 heures et de 16 heures.

1^{er} février. — Vomissements après la tétée de 13 heures. Selles avec grumeaux.

4 février. — **Injection de 10 cc. de lait de la mère.**

Analyse du lait :

{	Matières grasses.....	18,6
	Lactose.....	53,4
{	Matières minérales.....	2,04

5 février. — Il n'y a pas eu de température à la suite de l'injection.

La mère a, à nouveau, des métrorragies ; son lait est insuffisant ; aussi, pour que l'enfant puisse supporter le lait de vache, **on lui injecte 10 cc. de lait de vache.**

On ajoute une cuillerée de lait de vache à chaque tétée.

6 février. — Température maxima 38° 6.

8 février. — Deux vomissements de lait non caillé (environ un tiers de l'ingestion).

9 février. Pas de vomissement.

L'enfant quitte la crèche Saint-Ferdinand.

26 février. — Depuis sa sortie, l'enfant a été nourri au sein exclusif ; depuis huit jours les vomissements ont réapparu.

27 février. — **Injection de 10 cc. de lait de la mère.**

4 mars. — Pas de vomissement depuis la dernière injection.

On essaye un biberon de lait de vache, qui est vomi.

19 mars. — Métrorragie de la mère : lait insuffisant depuis la dernière injection ; pas de vomissement.

La mère trouve que l'enfant a profité.

24 mars. — On essaye le lait de vache : vomissement.

La mère n'a presque plus de lait.

27 mars. — **Injection de 15 cc. de lait de vache** à doses fractionnées.

28 mars. — Température à 39° 4. On essaye deux biberons de lait de vache ; ils ne sont pas vomis.

30 mars. — L'enfant ne vomit ni le lait maternel ni le lait de vache ; selles normales.

16 avril. — L'enfant n'est plus réglé : il boit 1 litre de lait de vache par jour, plus le sein autant qu'il veut : aucun vomissement.

OBSERVATION XIII

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

B... (Jeanne), 5 mois.

Parents bien portants ; pas de fausse couche ; huit grossesses ; quatre enfants morts en bas âge ; trois enfants vivants bien portants.

Grossesse normale. Accouchement à terme.

Allaitement maternel jusqu'à 3 mois, puis au biberon.

Depuis un mois, l'enfant présente des vomissements de la valeur d'une cuillerée à soupe, suivant immédiatement l'ingestion ; depuis ce moment aussi l'enfant pleure constamment ; il a de la diarrhée jaune clair.

A l'examen : érythème des fesses ; ventre un peu gros ; foie débordant de deux travers de doigt ; on ne sent pas la rate ; rien au cœur ni aux poumons.

2 avril. — **Intra-dermo réaction au lait de vache.**

3 avril. — Intradermo positive.

Injection de 15 cc. de lait de vache.

4 avril. — Température maxima 38° 6.

L'enfant a bien dormi cette nuit.

5 avril. — Pas de vomissement. L'enfant ne crie plus après la tétée.

6 avril. — Un vomissement hier à 20 heures et aujourd'hui à 13 heures.

12 avril. — L'enfant ne vomit plus, l'état général est meilleur.

15 avril. — L'enfant rejette, sans effort ni cris, la valeur de 2 cuillerées à bouche de lait caillé de suite après la tétée.

17 avril. — **Intra-dermo au lait de vache.**

18 avril. — Intradermo positive.

L'enfant vomit toujours un peu après chaque tétée. Deux ou trois selles avec grumeaux jaune verdâtre par vingt-quatre heures.

Injection de 7 cc. 1/2 de lait de vache à doses fractionnées.

19 avril. — La température est montée à 39° 6.

Pas de modification des vomissements ni de la diarrhée.

20 avril. — Varicelle.

22 mai. — Depuis sa varicelle, l'enfant vomit environ le quart de la prise, en lait caillé, peu de temps après la prise. Il ne crie pas. Selles en grumeaux.

Injection de 4 cc. de petit lait.

9 juin. — L'injection n'a eu aucun effet sur les vomissements.

Mauvais état général, température irrégulière et sub-fébrile; infections cutanées à la suite de la varicelle.

12 juin. — Les vomissements sont irréguliers et peu abondants.

25 juin. — Pas de vomissement depuis le 15 juin.

11 juillet. — Rougeole.

OBSERVATION XIV

(Recueillie dans la collection de M. le Prof. WEILL.)

L... (Raymonde), 3 mois.

Parents bien portants; pas de fausse couche; trois enfants; les deux aînés se portent bien.

Grossesse normale; accouchement à terme.

Allaitement maternel.

Dès le surlendemain de la naissance, vomissements de la moitié de la prise environ, sitôt après la tétée, et à toutes les tétées sans exception; le lait n'est pas caillé. L'enfant crie beaucoup nuit jour.

Au bout d'un mois, la mère remplace l'allaitement au sein par du lait de chèvre coupé d'eau de Vals; les vomissements persistent, encore plus abondants; l'enfant crie davantage; elle dépérit beaucoup.

Il y a trois semaines, la mère remplace le lait de chèvre par du lait de vache: les vomissements et les cris diminuent un peu; l'enfant ne dépérit plus.

A l'examen: érythème des fesses et de la face postérieure des cuisses; la rate est volumineuse; le foie est gros et déborde; rien au cœur ni au poumons.

21 avril. — Depuis qu'elle est à la crèche, l'enfant vomit, en lait caillé, une demi-heure ou une heure après la tétée,

une partie de sa tétée ; il crie beaucoup depuis le moment de la tétée jusqu'au moment où il vomit.

22 avril. — L'enfant, depuis la tétée d'hier 18 heures, n'a pas vomi et a beaucoup moins crié.

Intra-dermo réaction au lait de vache négative.

26 avril. — L'enfant vomit depuis ce matin 7 heures.

Intra-dermo réaction au lait de vache positive.

29 avril. — *Injection de 2 cc. de lait de vache mélangé à 8 cc. de sérum physiologique.*

30 avril. — Rougeur, léger œdème et teinte ecchymotique au lieu de l'injection ; la température maxima a atteint 38° 3.

Jusqu'à ce matin, l'enfant a crié et vomi beaucoup plus que d'habitude.

1^{er} mai. — Les vomissements n'ont pas reparu.

3 mai. — A eu hier deux vomissements.

Injection de 2 cc. de lait de vache, mélangé à 8 cc. de sérum artificiel.

5 mai. — L'enfant n'a pas revomi, il ne crie pas et dort bien.

20 mai. — Depuis hier, léger vomissement dix minutes après chaque tétée ; l'enfant crie.

21 mai. — *Intra-dermo réaction au lait de vache* négative.

Les vomissements continuent, mais on constate quelques vésicules de varicelle : les vomissements de ces deux derniers jours étaient en rapport avec l'incubation de cette maladie.

9 juin. — Guérie de sa varicelle, l'enfant continue à vomir d'une façon irrégulière.

15 juin. — L'enfant mange bien, mais ne profite pas ; les vomissements subsistent irréguliers.

25 juin. — Les vomissements deviennent plus rares.

11 juillet. — Rougeole.

Dans le nombre de cas observés par M. le Professeur Weill, le rôle de l'infection du sujet (infection qui est la grippe, la coqueluche ou la varicelle) existe dans 17, 8 %.

Dans l'enquête que nous avons menée en dehors du service Weill, nous avons obtenu des renseignements sur trois enfants qui ont eu la diphtérie, et n'ont présenté aucun accident anaphylactique consécutif.

Au contraire, voici une observation où l'on peut incriminer l'érysipèle de l'enfant comme cause de vomissements.

OBSERVATION XV

(Observation personnelle.)

F..., 4 mois.

Parents bien portants.

Accouchement à terme.

Allaitement maternel toutes les trois heures.

L'enfant va bien, il profite, il ne vomit pas du tout.

A 1 mois 1/2, érysipèle de l'enfant; la mère, placée comme nourrice, doit se séparer de son enfant et continue à en allaiter un autre; pendant sa maladie, l'enfant est nourri au lait de vache; on ne peut savoir s'il le tolérait ou s'il le vomissait.

Une fois guéri de son érysipèle, la mère lui donne à nouveau le sein; toutes les tétées alors, sans exception, sont suivies d'un vomissement de la valeur d'une cuillerée à bouche au moins; ce vomissement est tantôt précoce, tantôt tardif (dans ce dernier cas, le lait vomi est le plus souvent caillé).

Ces vomissements ne sont pas précédés ni accompagnés d'une exagération des cris: l'enfant n'est pas plus agité qu'avant sa maladie.

Pas de diarrhée.

Malgré ces vomissements, l'enfant profite: il a pris 800 gr. en quinze jours.

Enfin nous publions, grâce à l'amabilité de M. le Docteur Gardère, l'observation suivante, qui sort un peu du cadre de notre sujet puisque le malade est un

adulte, mais dans laquelle l'influence de l'infection dans le déchainement de l'anaphylaxie est très nette.

OBSERVATION XVI

(Observation personnelle de M. le D^r GARDÈRE.)

B... (René), 24 ans.

Pas de maladie étant enfant.

En mai 1918, dysenterie bacillaire grave contractée à Salonique.

Il a pris du lait les quatre premiers jours de la maladie ; il le supportait bien.

Il a repris du lait deux mois plus tard, au moment de sa convalescence, à Toulon. D'emblée il a ressenti des troubles digestifs caractérisés par quelques coliques légères survenant après la prise ; puis diarrhée et vomissements dans la demi-heure qui suivait l'ingestion ; crampes d'estomac durant deux ou trois heures.

Actuellement, les symptômes d'intolérance sont encore plus accentués ; le vomissement est toujours abondant, parfois total ; peu de coliques et de diarrhée ; quand le vomissement ne se produit pas, il présente un ballonnement du ventre durant jusqu'à vingt-quatre heures, et cessant à la suite d'une évacuation diarrhéique.

Examen clinique négatif, en dehors d'une légère douleur à la pression dans la fosse iliaque droite.

Constipation habituelle ; selles glaireuses par intermittences.

Intra-dermo réaction avec 1/10 cc. de lait de vache bouilli.

Pas de réaction immédiate.

Réaction assez vive au bout de trois heures.

Au bout de huit heures, plaque d'érythème de 6 × 4 centimètres, avec gonflement très accentué. Un peu de douleur locale.

Au bout de vingt-quatre heures, zone d'érythème de 5 × 7 centimètres, avec œdème encore plus accentué que la veille et sensibilité douloureuse assez marquée.

Au bout de quarante-huit heures, la zone d'érythème est remplacée par une large zone ecchymotique jaune verdâtre.

Au bout de soixante-douze heures, persistance d'une ecchymose de 5×3 centimètres.

18 avril. — Injection sous-cutanée de 1 cc. de lait de vache bouilli.

19 avril. — La rougeur de la peau est apparue deux heures après l'injection ; au bout de quinze heures, plaque d'érythème avec œdème.

La sensibilité douloureuse est moindre qu'après l'intra-dermo.

Température : $37^{\circ}4$.

Injection de 2 cc. de lait de vache bouilli.

21 avril. — La température est montée à $38^{\circ}4$ en vingt-quatre heures.

Placard d'érythème avec œdème limité par un bourrelet périphérique de 14×10 centimètres.

Douleur à la pression assez vive.

Injection de 1 cc. de lait de vache mélangé à 9 cc. de sérum artificiel.

22 avril. — La température est montée à $38^{\circ}4$ en sept heures, c'est-à-dire plus rapidement qu'après l'injection précédente.

Placard d'érythème de 8×6 centimètres, avec œdème et sensibilité douloureuse à la pression.

La trace des deux premières injections persiste encore sous forme de grands placards violacés sensibles à la pression.

23 avril. — Injection de 1 cc. de lait de vache mélangé à 9 cc. de sérum artificiel.

Le malade commence à tolérer le lait mieux qu'avant les injections : il ne vomit plus régulièrement après chaque prise et les vomissements sont moins abondants.

24 avril. — Réaction thermique minime : $37^{\circ}4$.

Réaction cutanée : zone d'érythème de 8×8 centimètres, avec œdème à peine appréciable.

Injection de 2 cc. de lait mélangé à 8 cc. de sérum artificiel.

25 avril. — La température a atteint 38° au bout de douze heures.

Peu de rougeur locale ; douleur assez vive à la pression.

28 avril. — *Injection de 1/2 cc. de lait, à 10 heures, et de 2 cc. à 19 heures*

29 avril. — Les deux injections d'hier ont à peine donné de la rougeur localisée et de la douleur locale ; pas de réaction thermique.

1^{er} mai. — *Injection de 10 cc. de lait.*

Réaction thermique : 38°4 au bout de douze heures, et 38°8 au bout de vingt-quatre heures.

Rougeur locale peu accentuée ; douleur assez vive à la pression.

Les symptômes d'intolérance ont complètement disparu : le malade prend environ un litre de lait par jour, sans avoir ni vomissement ni diarrhée.

3 mai. — *Intra-dermo réaction (avec 1/10 cc. de lait de vache bouilli).*

Réaction immédiate et constitution, en un quart d'heure, d'une papule urticarienne de la grandeur d'une pièce de un franc.

Au bout de quinze heures, toute trace de réaction a disparu.

CONCLUSIONS

I. Beaucoup de troubles digestifs du nourrisson, en particulier des vomissements, sont imputables à une intolérance pour le lait.

II. Cette intolérance peut être congénitale et se manifester dès la naissance, ou tardive, et ne faire son apparition que quelques semaines après la naissance.

III. Elle se manifeste par des vomissements, par des cris, de l'agitation et de l'insomnie, par de la diarrhée ou de la constipation, et quelquefois par de l'eczéma.

IV. Elle ne modifie l'état général que lentement et progressivement, en proportion de l'inanition qui en est la conséquence.

V. Elle rappelle, par ses caractères essentiels, ce que les auteurs ont appelé la petite anaphylaxie alimentaire chronique.

VI. Elle en diffère par quelques caractères :

A. Elle est souvent congénitale, sans période d'incubation.

B.. Elle se manifeste souvent vis-à-vis du lait de femme.

C. Elle disparaît définitivement à la suite d'injections du lait à l'égard duquel elle se manifestait.

VII. Expérimentalement, en vertu du phénomène de Théobald Smith, l'adjonction de toxine diphtérique au sérum de cheval, en première injection, favorise l'hypersensibilisation, et, par suite, les accidents anaphylactiques si une deuxième injection vient à être faite.

VIII. On a discuté sur l'existence de troubles digestifs chez l'enfant dont la nourrice présente des accidents fébriles.

IX. On a admis des troubles digestifs chez l'enfant en proie à une maladie infectieuse ; quelquefois ces troubles digestifs, en particulier la diarrhée, peuvent persister après la maladie infectieuse.

X. On n'a pas décrit des troubles digestifs congénitaux pouvant avoir pour cause des accidents fébriles de la mère pendant la grossesse.

XI. Dans l'anaphylaxie congénitale, le rôle de l'infection est limité et ne se présente que dans 22,7 % ou 25 % des cas, quand la maladie infectieuse a été une grippe.

Dans quelques rares cas où la maladie infectieuse a été une variole, un érysipèle, une scarlatine, ce rôle semble être nul.

XII. Dans l'anaphylaxie tardive, l'infection peut agir soit en frappant la nourrice si l'enfant est nourri au sein, soit en frappant le sujet lui-même.

XIII. Le rôle d'une infection de la nourrice dans la production d'anaphylaxie alimentaire chez l'enfant est limité à 11,1 % des cas, dans le service de M. le professeur Weill. Deux cas de diphtérie et un cas d'érysipèle n'ont pas eu d'influence.

XIV. Le rôle d'une infection du sujet lui-même semble un peu moins restreint et se manifeste dans 17,8 % des cas.

Le Président de la thèse,

WEILL.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 20 août 1919.

POUR LE RECTEUR :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

E. DEPÉRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BARNATHAN. — De l'anaphylaxie alimentaire. (Thèse, Paris, 1911.)
- BESREDKA. — Anaphylaxie. Antianaphylaxie. (Paris, 1917.)
- BLANCHET. — Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. (Thèse, Paris, 1909.)
- BOUCHARD et ROGER. — Nouveau traité de pathologie générale. (Paris, 1912.)
- BOUTEIL (Thérèse-Antoinette). — Etude sur l'anaphylaxie. Des voies d'introduction des substances anaphylactisantes. (Thèse, Paris, 1909-1910.)
- BRUN. — Contribution à l'étude de l'anaphylaxie. (Thèse, Montpellier, 1904-1905.)
- CASTAIGNE et GOURAUD. — Anaphylaxie et intoxication alimentaire, (*Journal médical français*, 15 septembre 1910.)
- COMBY. — Traité des maladies de l'enfance. (Paris, 1897-1898)
- CORNU. — Sur quelques cas d'intolérance des nourrissons pour le lait de femme. (Thèse, Paris, 1905-1906.)
- COURMONT (Paul). — Précis de pathologie générale. (Paris.)
- D'ESPINE et PICOT. — Traité pratique des maladies de l'enfance. (Paris, 1899.)
- FILLIOZAT. — Les effets de l'inanition chez le nourrisson. Les vomissements par hypoalimentation. (*La Clinique infantile*, 1909, page 452.)
- GRANCHER, COMBY et MARFAN. — Traité des maladies de l'enfance. (Paris, 1897-1898.)
- HUTINEL. — Intolérance pour le lait et anaphylaxie chez les nourrissons. (*La Clinique*, 10 avril 1908.)
- LAROCHE, RICHET fils et SAINT-GIRONS. — L'anaphylaxie alimentaire. (Paris, 1919.)
- LESAGE. — Les gastro-entérites des nourrissons. (Paris, 1906.)
- LESNÉ et DREYFUS. — De l'anaphylaxie. (*La Clinique*, 2 juillet 1909.)

- MARFAN. — Les gastro-entérites des nourrissons. (Paris, 1900.)
- L'infection dans les affections digestives de la première enfance. (*Le Nourrisson*, mai 1917.)
- Etude historique et critique sur les affections de l'appareil digestif. (Paris, 1918.)
- Les vomissements chez le nourrisson. (*Le Nourrisson*, janvier 1919.)
- MERY, GUILLEMÔT et GÉNÉVRIER. — La pratique des maladies des enfants. (Paris, 1910, page 303)
- MORQUIO. — Les troubles gastro-intestinaux du nourrisson (1918).
- NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile. (Paris, 1907.)
- Traitement des vomissements chez les enfants. (*La Clinique*, 1909, page 403.)
- PERRET. — De l'allaitement dans ses rapports avec les états pathologiques de la nourrice. (*Progrès médical*, 1903, page 375.)
- PIRONNEAU (Pierre). — Essai de classification étiologique des diarrhées infantiles. (Thèse, Paris, 1911-1912.)
- RAYMOND (François). — Vomissements incoercibles des enfants au sein par gastrite spasmodique due au lait de la mère. (*La Clinique infantile*, 1908, page 97.)
- RICHEL. — L'anaphylaxie. (*Journal médical français*, 1910, page 379.)
- Etude critique et expérimentale des entérites. Les entérites par élimination bactérienne ou toxique. (Paris, 1912.)
- ROCHU. — Le vomissement chez le nourrisson. (Thèse, Montpellier, 1907-1908.)
- SAINT-GIRONS. — Les diarrhées par élimination microbienne ou toxique chez le nourrisson. (*Le Nourrisson*, mai 1913.)
- SILVESTRE (Julien). — Séméiologie et traitement des vomissements du nourrisson. (Thèse, Paris, 1912-1913.)
- TISSIER (Henri). — L'appareil digestif dans la scarlatine. (Thèse, Paris, 1910-1911.)
- VARIOT. — Vomissements incoercibles mortels datant de la naissance. (*La Clinique infantile*, 1908, page 84)
- Troubles causés par l'inanition chez le nourrisson. Les vomissements par hypoalimentation. (*La Clinique infantile*, 1909, 15 mai.)
- Traité d'hygiène infantile. (Paris, 1910.)
- VIGOR (Eugénie). — Etude clinique de l'hypoalimentation chez le nourrisson. (Thèse, Paris, 1910-1911.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — L'intolérance du tube digestif chez le nourrisson	9
CHAPITRE II. — L'intolérance pour le lait	11
A. Symptomatologie	11
B. Nature	16
CHAPITRE III. — Relation entre l'infection et cette forme d'ana- phylaxie. Travaux et écrits antérieurs	21
CHAPITRE IV. — Rôle de l'infection dans l'anaphylaxie congé- nitale	26
CHAPITRE V. — Rôle de l'infection dans l'anaphylaxie tardive..	39
A. Infection de la nourrice	40
B. Infection du sujet	46
CONCLUSIONS	59
BIBLIOGRAPHIE	62
